

## Formulario de Evaluación de Salud Oral

La ley de California (*Código de Educación Sección 49452.8*) establece que su niño debe tener una revisión dental para el 31 de mayo de su primer año en una escuela pública. Un profesional dental con licencia de California ejerciendo su capacidad de práctica debe realizar la revisión y llenar la sección 2 de este formulario. Si su niño tuvo una revisión dental en los 12 meses previos a que él/ella comenzara la escuela, pídale a su dentista que llene la sección 2. Si no puede obtener una revisión dental para su niño, llene la sección 3.

### **Sección 1: Información del Niño (Para ser completada por el padre o tutor)**

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección:			Apt.:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/tutor:	Raza/grupo étnico del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo /Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### **Sección 2: Colección de la información de salud oral (Para ser llenada por un profesional dental con licencia de California)**

**NOTA IMPORTANTE:** Considere cada cuadro por separado. Marque cada cuadro.

Fecha de la evaluación:	<u>Experiencia con las Caries</u> (Caries visibles y/o rellenos presentes)  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Caries visibles presentes:</u>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Urgencia de tratamiento:</u> <input type="checkbox"/> No se encontró un problema evidente <input type="checkbox"/> Se recomienda un cuidado pre-dental (caries sin dolor o infección; o el niño se beneficiaría de selladores o de más evaluación) <input type="checkbox"/> Se necesita asistencia dental con urgencia (dolor, infección, inflamación o lesiones de tejidos suaves)
_____ <b>Firma del profesional dental certificado</b>	_____ <b>Número de licencia de California</b>	_____ <b>Fecha</b>	

### **Sección 3: Renuncia de la Evaluación de Salud Oral requerida Para ser llenada por el padre o tutor que pide se le exente de este requisito**

Por favor exente a mi niño de la evaluación dental porque: (Marque el cuadro que mejor describa el motivo)

- No puedo encontrar la oficina dental que tome el plan de seguro dental de mi niño.  
El plan de seguro dental de mi niño es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal  Healthy Families  Healthy Kids  Otro \_\_\_\_\_  Ninguno
  - No puedo pagarle a mi niño una evaluación dental.
  - No quiero que mi niño reciba una evaluación dental.
- Opcional: otros motivos por los que mi niño no podría recibir una evaluación dental: \_\_\_\_\_

**Si está pidiendo ser exente de este requisito: ►** \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor** **Fecha**

La ley establece que las escuelas deben mantener privada la información de la salud del estudiante. El nombre de su niño no formará parte de ningún reporte como resultado de esta ley. Esta información podría ser utilizada solamente para propósitos relacionados con la salud de su niño. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a su escuela.

**Regrese este formulario a la escuela a no más tardar del 31 de mayo** del primer año escolar de su niño.  
*Original para conservarse en el expediente escolar del niño.*